

El significado de la red de apoyo social para mujeres en situaciones de violencia y lactancia*


Nayara Girardi Baraldi^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-0124-8174>


Angelina Lettiere-Viana³

 <https://orcid.org/0000-0002-4913-0370>


Diene Monique Carlos⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-4950-7350>

Natália Rejane Salim⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-7744-8274>

Daniela Taysa Rodrigues Pimentel³

 <https://orcid.org/0000-0003-0142-5820>

Juliana Stefanello³

 <https://orcid.org/0000-0003-3926-0144>

Objetivo: comprender los significados atribuidos a la red de apoyo social de las mujeres que amamantan y atraviesan situaciones de violencia por parte de una pareja íntima. **Método:** estudio cualitativo, realizado con 21 mujeres, a través de entrevistas semiestructuradas y datos analizados por el Método de Interpretación de los Sentidos a la luz del marco conceptual de la Red de Apoyo Social. **Resultados:** todas las mujeres sufrieron violencia por parte de la pareja en el puerperio y solo una de ellas mantuvo la lactancia materna exclusiva hasta 180 días después del parto. En el análisis, emergió la categoría titulada “La acción de la red de apoyo social frente a la lactancia materna en el contexto de la violencia por parte de la pareja íntima”, con dos subcategorías: “Red de apoyo interpersonal” y “Red de apoyo institucional”. En la red interpersonal, la pareja fue poco mencionada, y, por otro lado, hubo una mayor participación de otras mujeres. En la red institucional, la falta de resolución y las acciones centradas en el carácter biológico fueron evidentes. **Conclusiones:** se destacó la búsqueda de ayuda en la red interpersonal si se la compara con la red institucional, tanto en relación al tema de la violencia como a la lactancia materna y/o acciones a ella relacionadas, en su mayoría ineficaces, caracterizadas por protocolos y derivaciones.

Descriptores: Red Social; Lactancia Materna; Violencia de Pareja; Violencia contra la Mujer; Personal de Salud; Investigación Cualitativa.

* Artículo parte de la tesis de doctorado “La vivencia de la lactancia materna en un contexto de situación de violencia de pareja (VP) y la red de soporte social”, presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





¹ Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Baraldi NG, Viana AL, Carlos DM, Salim NR, Pimentel DTR, Stefanello J. The meaning of the social support network for women in situations of violence and breastfeeding. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3316. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3313.3316>. mes día año

Introducción

En casi todos los países, el 80% de los recién nacidos reciben leche materna (LM) al nacer. Sin embargo, la mayoría de estas naciones tienen tasas de menos del 50% de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida e, incluso después de los esfuerzos internacionales y nacionales, la tasa sigue siendo inferior a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)⁽¹⁻²⁾.

Hasta 2006, Brasil mostró una tendencia ascendente en las tasas de lactancia materna (LM) y, desde entonces, ha mantenido una estabilización, aunque los indicadores de lactancia materna han identificado que solo el 36,6% de los niños permanecieron en la LME hasta el sexto mes de vida, dato este que marca los índices de países subdesarrollados y en desarrollo⁽³⁻⁴⁾. Para ampliar la comprensión de tales indicadores, es necesario considerar la complejidad del fenómeno de la lactancia materna, dado que el mismo va más allá de los aspectos biológicos y se relaciona con factores históricos, culturales, psicológicos y sociales, de modo que estos determinantes sociales puedan ser facilitadores para el destete temprano⁽⁵⁾.

Por lo tanto, es importante comprender que la lactancia materna no es responsabilidad exclusiva de la mujer, sino también un deber colectivo⁽⁵⁾. En este sentido, la red de apoyo social (RAS), formada por la pareja, la familia, la sociedad civil, el Estado y las instituciones públicas, como el sector de la salud, cumple también un papel importante en la experiencia de la lactancia materna saludable⁽⁶⁾ en cuanto al mantenimiento de esta práctica.

La RAS puede definirse como el conjunto de relaciones interpersonales y sociales⁽⁷⁾, que pueden desempeñar tanto un papel protector como de riesgo para los individuos, dependiendo del contexto en el que se desarrollen estas relaciones⁽⁸⁾. Por lo tanto, las relaciones establecidas en la RAS están vinculadas a los contextos sociales, culturales, políticos y religiosos que se transmiten entre generaciones y, en este sentido, interfieren directamente en la forma como se suscita la lactancia materna en la vida de las mujeres⁽⁹⁾.

Dicho esto, vemos la importancia de incorporar, en las prácticas de atención, la participación de la RAS en situaciones de lactancia, para identificar y satisfacer las necesidades de las mujeres, así como minimizar las dudas, ansiedades e ideas ambiguas generadas por las prácticas sociales (de apoyo familiar) y conocimiento científico (en el campo de la salud), para establecer una lactancia placentera⁽¹⁰⁾. Al analizar las experiencias de las mujeres en el acto de la lactancia y su interfaz con la RAS, en los aspectos interpersonales e institucionales, se hace eco una pregunta: ¿Cómo se configura la RAS de mujeres que

experimentan la LM y, concomitantemente, la situación de violencia por parte de una pareja íntima (VPI)?

La propuesta del contexto de VPI se justifica por dos preguntas: primero, es evidente que la RAS se reduce y fragmenta en el contexto de la violencia⁽¹¹⁾; sin embargo, se constata que la VPI está relacionada con prácticas de LM desfavorables, como una baja propensión a comenzar a la LM, un menor deseo de amamantar, una baja probabilidad de mantener la LME y una mayor probabilidad de destete temprano⁽¹²⁾.

Además, este estudio se justifica por la laguna literaria en la influencia de la RAS en estas dos condiciones concomitantes, es decir, en la práctica de LM en mujeres que experimentan VPI. Un estudio pionero sobre VPI y autoeficacia en la lactancia muestra que la asociación entre ambos fenómenos expone a las mujeres a condiciones desfavorables para la lactancia y refuerza la importancia de capacitar a profesionales de la salud para comprender y trabajar con esta problemática⁽¹³⁾. En Brasil, un solo estudio se dedicó al tema y observó que la falta de una RAS, asociada con un contexto de VPI, puede ser un obstáculo para la práctica de la LM⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comprender los significados atribuidos a la red de apoyo social de las mujeres que amamantan y atraviesan situaciones de violencia por parte de una pareja íntima.

Método

Estudio cualitativo realizado en un municipio del interior de la provincia de São Paulo. Participaron de este estudio 21 mujeres, informantes-clave⁽¹⁵⁾, las cuales fueron seleccionadas a partir de un estudio transversal realizado con 315 mujeres que recibieron asistencia para el parto en una maternidad pública de riesgo habitual. La investigación identificó la prevalencia de casos de VPI antes del embarazo y en el ciclo embarazo-puerperal. De ese modo, los criterios de inclusión para las mujeres en este estudio fueron: haber participado en el proyecto transversal; residir en el municipio de investigación; ser primípara habiendo comenzado a amamantar; habiendo experimentado VPI en el puerperio; y tener al menos 180 días posparto. Se esperaron al menos 180 días después del parto para acceder al fenómeno LME⁽¹⁾.

Después de la etapa de identificación y selección de participantes, el reclutamiento para la participación en el estudio se realizó vía invitación telefónica. No hubo rechazos para participar. El encuentro se programó de acuerdo con la disponibilidad de cada participante, en relación al día, la hora y lugar. Para la realización de las entrevistas, se pusieron a disposición la Unidad Básica de Salud, una sala privada en la universidad y la residencia

de las mujeres puerperales. Cuando la entrevista tuvo lugar en la residencia, dos autoras de la investigación se desplazaron hacia el lugar, por razones de seguridad. Un día antes de la entrevista, la primera autora, responsable de la investigación, confirmaba la cita por teléfono. Para que la entrevista se llevara a cabo tranquilamente, se pusieron a disposición alimentos, agua y juguetes.

La recopilación de datos comenzó en abril de 2015 y terminó en octubre del mismo año, y fue precedida por un estudio piloto de adecuación. Para las entrevistas, se utilizó una grabadora de voz digital. La entrevista se realizó en un solo acto, con duración promedio de 42 minutos, y siguió un guion semiestructurado, compuesto por las siguientes preguntas orientadoras: "Me gustaría que me contara sobre las discusiones entre usted y su pareja y si buscó algún tipo de ayuda para enfrentarlas. Si es así, ¿qué tipo de ayuda recibió? ¿Cómo fue amamantar ante estas situaciones de peleas y desacuerdos?". El número total de participantes se determinó a partir de los aspectos presentes en las declaraciones, que comenzaron a repetirse y profundizarse para comprender los significados atribuidos a la RAS de las participantes⁽¹⁶⁾.

Dado el contexto de violencia, se les ofreció a todas las mujeres folletos y cartillas con contenido sobre violencia contra la mujer (VCM) y la RAS en el municipio.

En la ocasión, estas mujeres fueron encaminadas al servicio de psicología de una universidad pública y, cuando fue necesario, también fueron derivadas al servicio de asistencia para personas en situaciones de violencia o en condiciones de riesgo en el municipio.

En el análisis de los datos, las entrevistas fueron transcritas en su totalidad por la primera autora, sin la corrección gramatical de sus discursos, para mantener el sentido original. Los datos se analizaron utilizando el método de interpretación de los sentidos, con los siguientes pasos: lectura abarcadora del material recogido, exploración del material y elaboración de la síntesis interpretativa. La lectura integral busca las particularidades y la visión del conjunto del material; En esta etapa, las unidades de significado se establecen para una mayor categorización, como se muestra en la Figura 1. La exploración busca ir más allá del texto para mostrar lo subjetivo o lo que está implícito en el informe y, de esta manera, buscar los significados en el diálogo con las referencias teóricas, comenzando así la inferencia. La síntesis interpretativa es el momento de la interpretación que deberá realizarse según los objetivos del estudio, con las referencias teóricas y con los datos empíricos⁽¹⁷⁾. En esta perspectiva, el marco conceptual utilizado fue la Red de Apoyo Social⁽¹⁸⁾.

Códigos iniciales	Códigos intermedios	Temas finales: Subcategoría
Falta de apoyo de la pareja	La composición de la red de acuerdo con las acciones tomadas frente a los eventos: lactancia y violencia por parte de pareja íntima. Las intervenciones e interferencias de la red en el proceso de lactancia Las intervenciones e interferencias en la red ante la violencia por parte de pareja íntima Cuidado transmitido entre generaciones y por el vínculo	Red de apoyo interpersonal
Acciones violentas de la pareja y reflejos en la lactancia.		
Apoyo en el ciclo embarazo-puerperal de amigas, primas, hermanas, madres y abuelas.		
Consejos y opiniones de familiares y amigos sobre la lactancia materna.		
Acción de familiares, amigos o vecinos ante la situación de violencia.		
Reflexiones de violencia en la red que trata de proteger a las mujeres.		
Relaciones debilitadas con personas en la RED debido a la violencia por parte de pareja íntima		
Participación de la red ante la violencia por parte de pareja íntima		
Participación de la red en el proceso de lactancia		
Desmotivación en la lactancia debido a la acción intergeneracional.		
Introducción a la alimentación temprana y destete	Búsqueda de atención en la red institucional Desfragmentación y carácter impersonal de la atención generada por la red institucional	Red de apoyo institucional
Búsqueda de servicio hospitalario		
Búsqueda de servicio legal		
Búsqueda de la Comisaría de la Mujer		
La ley <i>Maria da Penha</i> no existe		
Falta de apoyo policial		
Falta de información correcta entre los servicios.		
El 'olvido' colectivo		
Falta de individualidad en el cuidado		
Miedo a salir del hospital.		
Las rutinas y protocolos hospitalarios para la lactancia y/o fórmula		

Figura 1 – Unidades de detección con los códigos iniciales e intermedios para la construcción de las subcategorías temáticas finales. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Para garantizar el anonimato, las entrevistadas fueron codificadas por la palabra 'Participante', seguida de números arábigos del uno al 21 correspondientes al orden en que se realizaron las entrevistas. En cuanto a los aspectos éticos, se siguieron las reglas de investigación con seres humanos establecidas en la Resolución No. 466/12 del Consejo Nacional de Salud. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, bajo el protocolo CAAE: 24049713.4.0000.5393.

Resultados

Las participantes tenían entre 18 y 36 años. Ocho de ellas se declararon blancas; siete, pardas; cinco, negras; y una, amarilla. Ocho completaron la escuela secundaria; tres, educación primaria; y una terminó la educación superior. Con respecto a la ocupación, 12 eran amas de casa, cinco trabajaban con un contrato formal, dos estaban desempleadas, una trabajaba sin contrato formal y otra era estudiante.

De las 21 participantes, nueve afirmaron haber sufrido algún tipo de VPI durante el embarazo: cinco violencia psicológica, una violencia sexual y tres violencia psicológica y física asociadas. En el período puerperio, cinco sufrieron un único tipo de violencia, mientras que las otras experimentaron dos o más tipos asociados. Con respecto a la LM, de las 21 participantes, solo una amamantó exclusivamente hasta el sexto mes. En general, transcurridos 180 días después del parto, siete bebés ya habían sido destetados, mientras que 13 estaban en lactancia con líquidos complementarios o papillas.

En el análisis del material empírico de las entrevistas, se construyó una categoría titulada "La acción de la red de apoyo social frente a la lactancia materna en el contexto de la violencia por parte de la pareja íntima", que abarca el sentido atribuido por las mujeres que comenzaron la LM en un contexto de VPI en relación a la composición y funcionalidad de la red. Esta categoría se dividió en dos subcategorías, las cuales mostraban el fenómeno de VPI y LM según la composición de la red, razón por la cual fueron tituladas: "Red de apoyo interpersonal" y "Red de apoyo institucional".

La primera subcategoría se refiere a la red de apoyo interpersonal y reveló que la pareja no era parte de esta red, hecho agravado por situaciones de abuso y violencia: [...] *en la guardia, no quería que me dieran de alta del hospital, tenía mucho miedo de ir a casa, tenía miedo... no sé ... con mi barriga así, me dolía demasiado y atender un bebé no es fácil y con A. (pareja) yo no podía contar ni confiar en él para que me ayudara* [...] (Participante 15); Además,

la pareja presentaba un comportamiento violento cuando la mujer amamantaba: [...] si B. (bebé) lloraba, él (pareja) decía: 'Vamos, dale pecho a esta niña.'. ¡Entonces ya no era con afecto, era gritando! [...] cuando venía la ira en la discusión, pensé: 'oh, saca a esta niña de aquí' [...] (Participante 13).

La mayoría de las redes interpersonales estaban compuestas por otras mujeres, como madres, suegras, primas, tías y amigas: *yo esperaba más del padre [...] que él no era el que se quedaba allí con el niño, era yo [...] Yo fui quien lo sostuvo en todo y todo lo que él (bebé) tiene hoy fue porque mi madre y yo lo logramos, ¿entiendes?* (Participante 18).

Sin embargo, algunas participantes informaron que tenían poco contacto con los miembros de la familia, especialmente debido a alguna incompatibilidad relacional: [...] *amo a mi madre, simplemente no tenemos tanta conexión, porque con la separación de mi padre y mi madre, ella ahora se alejó aún más, porque cuando voy allá, ella no cuida a V. (hija), no me ayuda, ni siquiera me saluda a veces [...] no tengo a nadie con quien hablar... simplemente hablo contigo, nunca fui de abrirme a nadie, solo Dios lo sabe todo, pero solo hablo contigo y con mi madre nunca hablé para desahogarme [...]* (Participante 5).

Con respecto a la funcionalidad, es decir, las acciones de la red en relación a la VPI, las participantes hicieron referencia a consejos, a palabras de apoyo y ayuda cuando necesitaban refugio en la casa de familiares: [...] *ella (suegra) viene a casa y conversa ella dice que él es muy bueno conmigo [...] Solo a ellos (miembros de la familia) les decía, porque cuando yo llegaba a pelear con él, iba a su casa a dormir allí con ellos un día, dos días [...]* (Participante 8); [...] *Llegué a su casa (padre), supongamos, con una marca en el brazo, entonces él ya sabía, 'ay, fue S. quien te pegó. Déjalo, no es un hombre para ti. Vuelve a la escuela, ve a buscar un curso, tu padre está aquí...tu padre te apoya...', ¿entiendes? [...]* La L. (suegra) también [...] *ella siempre me dio muchos y buenos consejos. [...] mi familia se rebeló al mismo tiempo con él, y conmigo, porque digamos, yo peleaba con él, y, al cabo de dos, tres semanas, ya quería volver con él, ¿sabes? [...]* (Participante 19).

Sin embargo, la propia red interpersonal contribuyó, indirectamente, a que la mujer permaneciera y soportara la situación de violencia: [...] *comencé a tener una ilusión en mi cabeza, una verdadera visión familiar porque mi propia madre decía: 'ya que tienes una hija, no está de más intentarlo, ¿verdad...?' [...]* (Participante 15).

En cuanto a las acciones de la red frente a la LM, se constató que los miembros de la familia, tanto de la mujer como de la pareja, así como amigos y vecinos, estaban presentes, especialmente en las dificultades iniciales con LM: [...] *mi suegra me ayudó en todo, después de que nació A.L.; ella, que me ayudaba a mirarla, yo la amamantaba al amanecer, para que yo pudiera dormir la siesta, mi suegra la miraba, [...] cambiaba su pañal, la hacía dormir, yo*

volvía a dormir un poco más y ella la miraba [...] ella me ayudó mucho, me decía que siguiera tomando sol, que eso era bueno, ya sabes, hay una pomadita que incluso mi suegro la compró [...] (Participante 21).

En los discursos, se observa que las acciones intergeneracionales de mujeres con experiencia en maternidad y lactancia, especialmente el de las propias madres, estuvieron presentes en la práctica de LM: *[...] me desanimé a darle el pecho a mi hija por mi madre, ¿entiendes? [...] ella (madre) nos dice que nos amamantó durante un mes, como máximo... ella dijo: "oh, ¿todavía no te cansaste de amamantarla? ¡Por Dios!, ya es hora de destetarla... es hora de que le des a esta niña una papilla para bebés [...] ' [...] pensaba: '¡Ay!, ¿será que ya es hora de quitarla? [...] (Participante 19); [...] desde los cuatro meses, ella (madre) comenzó a darle un poco de banana, tomó el jugo de manzana y se lo dio, así que mi madre comenzó... porque ella (madre) dijo que quería un bebé gordo [...] Ella (madre) siempre decía: "Ya tuve tres hijos, ya sabes, así que puedes darle esto, eso, lo otro..." [...] (Participante 2).*

La segunda subcategoría se refiere a la red de apoyo institucional, es decir, los servicios requeridos por las participantes. En cuanto a la composición de la red institucional, las instituciones requeridas fueron servicios de salud, instituciones judiciales y organizaciones no gubernamentales (ONG). En términos de funcionalidad, la red institucional estaba fragmentada en relación con el VPI: *[...] fui a la comisaría de la mujer, luego hice una declaración contra él por la ley Maria da Penha, por la que él tendría que permanecer a 500 metros lejos de aquí y también busqué la Coordinación de Mujeres, luego allá me dijeron que buscara un abogado [...] (Participante 9).*

Además de la peregrinación de las mujeres, la falta de resolución y la intersectorialidad de la red institucional se hizo evidente: *[...] la niña que estaba allí, en la salita, me dijo: "¡Oh, esa ley Maria da Penha no existe!", lo dijo en mi cara, dijo: "Lamento decírtelo, pero no existe, lo mejor que puedes hacer es calentar aceite y tirárselo en la cara a él. Eso no existe, solo te doy un consejo, pero si quieres ir, ve a Cuiabá y hazte un examen médico legal y tal, tal, tal..." Al otro día, fui cojeando, con un ojo morado, me fui hasta Cuiabá, llegando allí, tuve que ir a la Secretaría de Salud para hacer no sé qué, ni siquiera sabían cómo informarme, así que dije: 'Es por eso que muchas mujeres se dan por vencidas con María da Penha, porque es demasiado complicado y nadie sabe cómo dar la información adecuada [...] (Participante 2).*

Para este grupo de mujeres, el sector de la salud actuó tanto para la VPI como para la atención de la lactancia. Sin embargo, las acciones se circunscribieron a la atención biológica, además de no considerar las quejas de las participantes: *[...] Yo nunca había tenido un hijo, así que creo que hubo una falta de orientación en el hospital [...] más o menos a las 2h de la mañana, ella*

(profesional de la salud) llevó a la niña allí. Ellas (profesionales de la salud) regresaron a la habitación a las 7 de la mañana [...] ella (enfermera) puso a la niña a mamar, mientras le salía mucha sangre de la boca de la niña [...] y luego comenzaron a darle leche al bebé, Nestogeno® o NAN®, solo venían con 30 ml y había que esperar tres horas [...] ella pasaba dos horas llorando. Y dijeron que era normal, que solo podría darle después de tres horas. [...] (Participante 20); [...] los médicos dijeron que yo no tenía mucha leche debido al nerviosismo que estaba experimentando, por lo que la niña tardó demasiado en agarrar el pezón en M. (hospital de maternidad), luego venían las enfermeras e intentaban ponerla en el pecho y eso llegó a doler demasiado [...] (Participante 8).

Discusión

Las características de las participantes en esta investigación corroboran la literatura en el área. Reflexionar sobre tales características socioeconómicas implica considerar una situación que conlleva sus particularidades, ya que existe una red compleja de factores de riesgo⁽¹⁹⁾, que puede estar mediada por cuestiones internas y privativas de cada sujeto⁽²⁰⁾, lo que hace que la violencia sea un fenómeno multifacético.

Al centrar la atención en el ciclo embarazo-puerperal y la perpetuación de la VPI, la mayoría de las mujeres declararon que no habían sufrido violencia durante el embarazo. En contraste, en el período posparto, la VPI empeoró, dada la mayor asociación entre los tipos de violencia sufrida. Ante esta situación, dos estudios mostraron resultados contrastantes: uno encontró una incidencia de violencia en el período posparto de alrededor del 9,3%⁽¹⁹⁾, mientras que el otro⁽²¹⁾, incluso con una disminución de la violencia en comparación con el período gestacional, señaló que el 25,6% de las participantes informaron la persistencia de dicha situación en el puerperio. En este sentido, se observa que la mujer puerperal también está expuesta a VPI, independientemente de si la violencia comienza o continúa en el puerperio.

En la práctica de la lactancia, se evidenció que, a los 180 días después del parto, solo una mujer estaba en la LME, y nueve bebés fueron destetados. Estos resultados muestran que las relaciones abusivas pueden constituir barreras para la práctica de la LM, como se observó en un estudio transversal retrospectivo⁽²²⁾ que analizó 195.264 registros y señaló que 11.766 mujeres informaron haber sufrido algún tipo de VPI durante la atención prenatal, de las cuales 36,3% no amamantaron a sus hijos. Las mujeres que comenzaron a amamantar y se encontraban en una situación de VPI presentaron posibilidades 18% más altas de interrumpir la LM en las primeras ocho semanas posteriores al parto.

En la primera subcategoría temática, era evidente que la pareja no era reconocida como parte de la RAS de las mujeres durante el proceso de puerperio y lactancia, un hecho agravado por la situación de VPI, ya que el vínculo se presentó debilitado. Se sabe que el apoyo social, cuando está presente y es compartido por la pareja, tiene un impacto positivo en la estima de la mujer, ayuda en el manejo de las inestabilidades emocionales que puedan surgir en esta fase y contribuye a la adaptación del nuevo rol social. Además, estar presente en el cuidado del bebé reafirma el vínculo afectivo y aleja a la mujer del puesto de único responsable del cuidado, bienestar, nutrición y desarrollo del niño⁽²³⁾.

La RAS interpersonal estuvo representada por mujeres, especialmente suegras, primas, tías y amigas. Este hecho reafirma que la atención durante la maternidad se extiende simbólicamente entre generaciones, especialmente entre las mujeres, aunque la pareja también puede colaborar en el proceso de lactancia⁽²⁴⁻²⁵⁾, en contraposición al resultado que se observa en el presente estudio. Además, para algunas participantes, la situación de VPI acentuó una incompatibilidad relacional con los miembros de la familia. Por lo tanto, se advierte que la ruptura de los preceptos familiares puede contribuir a la fragilidad de la RAS⁽²⁶⁾. En este sentido, estas relaciones debilitadas promueven una distancia entre estos miembros y aumentan las posibilidades de que las mujeres permanezcan en situaciones de vulnerabilidad social⁽²⁷⁾.

En lo que se refiere a la funcionalidad, la RAS interpersonal estuvo presente en acciones que van desde impartir consejos hasta ayudar a proteger a las mujeres en los hogares de sus familiares. Sin embargo, en algunas situaciones, esta RAS también contribuyó indirectamente a que la mujer permaneciera en una situación de violencia, con actitudes arraigadas en su rol de género y las relaciones de poder. Este resultado se condice con la literatura, puesto que, socioculturalmente, la sociedad todavía naturaliza las diferencias de comportamiento según el género y, por lo tanto, coloca a las mujeres como frágiles y sumisas ante los hombres, hecho que puede intensificarse por las relaciones con la RAS^(19,28-29).

En este contexto, las mujeres que permanecieron al lado de sus agresores fueron estigmatizadas, situación que impacta directamente sobre el intento de dismantelar la red, dado que puede aumentar el poder de la pareja sobre la mujer⁽³⁰⁾. La culpabilización, por parte de la red interpersonal, acentuó los sentimientos de vergüenza y fracaso, así como el aislamiento de las mujeres en este estudio, permitiendo la invisibilidad de la VPI, la no culpabilización del agresor, la relación de

dominación masculina y, por lo tanto, la perpetuación de la relación violenta^(11,29,31).

En la práctica de la LM, se detectó que los miembros de la familia, especialmente abuelas, amigas y vecinas estaban presentes, principalmente en las dificultades iniciales con la LM. Cuanto mayor es el vínculo intergeneracional, mayor es la influencia sociocultural para la inclusión de alimentos en la dieta del bebé. Este hecho contribuyó a la discontinuidad de la LME y, en algunas situaciones, se agregó al contexto de VPI y contribuyó al destete temprano. En este sentido, una meta-síntesis⁽⁹⁾ que evaluó el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las abuelas relacionadas con el apoyo ofrecido en la práctica de la LM mostró que son figuras centrales e influyen en las hijas o nueras para amamantar, al ofrecer apoyo, al mismo tiempo que pueden promover la discontinuidad de la lactancia a través de opiniones contrarias e información inadecuada. Por lo tanto, es necesario comprender que la red, mediada por el contexto interpersonal, puede promover el apoyo, el bienestar y los cambios, así como la desarticulación del individuo y sus procesos internos en curso⁽⁶⁾.

En la segunda subcategoría, la RAS institucional correspondía a los servicios requeridos por las mujeres. Sin embargo, se mostró reducida, en relación con la red interpersonal, y se configuró mediante pequeñas acciones de protección frente a VPI y la lactancia, sin acción intersectorial. Este hallazgo puede explicarse por la estructuración de redes institucionales, que, al ser redes secundarias, se caracterizan por relaciones dominadas por derecho, de manera diferente a las redes primarias (interpersonales), formadas por relaciones significativas de reciprocidad y confianza⁽¹¹⁾. Por lo tanto, si la "micro red" se clasifica como la red familiar, la "macro red" es aquella que incluye la acción de la comunidad y la sociedad sobre el sujeto⁽⁶⁾.

En este estudio, la RAS institucional estaba compuesta por los sectores de salud, seguridad pública, judicial y ONG. En el contexto de la violencia, la búsqueda de instituciones que conforman la red se denomina, en la literatura, como ruta crítica⁽³²⁾, ya que la no integralidad y la transversalidad culminan en la fragilidad de los servicios y dificultan la resolución de conflictos, comprometiendo de esta manera, la calidad de la atención⁽³²⁻³³⁾.

En cuanto a la funcionalidad de la red institucional, se observaron acciones fragmentadas y de baja efectividad, caracterizadas por la asistencia a las mujeres a través de derivaciones. Estas acciones, además de debilitar el carácter integral de la atención, perpetúan el ciclo de violencia, ya que la mujer no se siente bienvenida ni apoyada por los servicios^(30,32-33) dado el entendimiento

de que VPI es algo que debe resolverse en el ámbito de la familia. Por lo tanto, la atención brindada dista mucho de ser eficiente⁽²⁹⁾.

Se observaron las mismas acciones fragmentadas en relación a la práctica de la lactancia, a través de la cual se verificó la predominancia de una asistencia sin escucha calificada y sin individualización de la atención. Para cambiar este modelo de cuidado, se deben proponer nuevas perspectivas de atención, a fin de facilitar la satisfacción de las demandas. En el conjunto de estas acciones, se destacan la educación permanente de profesionales y las acciones colaborativas e interprofesionales, que brindan una atención más coherente con las necesidades reales de las mujeres⁽³⁴⁾.

Algo significativamente simbólico en este estudio fue el abordaje de VPI y LM por vías separadas y como eventos no asociados, hecho que propició que las redes perdieran funcionalidad y sentido para las participantes. Desde esa perspectiva, parece necesario conferir mayor visibilidad a la interfaz violencia y prácticas en la lactancia, para ratificar el mérito de este estudio, así como para justificar el desarrollo de otros sobre el tema en cuestión.

Más allá de ello, a la vista de los resultados presentados, se destaca la importancia de entender la RAS como algo dinámico, es decir, una red en la cual ambos - RAS e individuo - interactúan, ya sea para complementarse o para repelerse y, por lo tanto, con posibilidad de entrar en conflicto. Por lo expuesto, se advierte que las RAS no pueden ser consideradas totalmente beneficiosas o perjudiciales, sino que se construyen de acuerdo con el contexto en el que se inserta el sujeto, siempre apuntando a la perspectiva de protección, por lo que un sujeto sin la RAS tiende a ser más frágil y aislado⁽⁶⁾.

El mayor avance de este estudio para el conocimiento científico se relaciona con el hecho de que entiende que la VPI interfiere significativamente en la práctica de la LM. Además, fue posible observar que tanto la RAS interpersonal como la institucional no fueron suficientes para cambiar la trayectoria de la lactancia en situaciones de VPI. Sin embargo, la principal limitación del estudio se vincula con las especificidades de las participantes, lo que puede dificultar la generalización de estos resultados a otros contextos. Por otro lado, los datos presentados aquí dan lugar a reflexiones sobre situaciones que se plantean en la sociedad como fenómenos complejos, como la violencia y la lactancia. En este sentido, contribuyen a la producción de conocimiento científico, concebido, desde esta perspectiva, como inacabado y sin la intención de producir verdades absolutas, ya que las singularidades de los fenómenos también dependen

del contexto social, político, económico y estructural en los que se insertan los individuos.

Conclusión

Según los significados atribuidos por las mujeres en una situación de VPI y LM en relación con la RAS, la RAS interpersonal fue más significativa que la red institucional, tanto en VPI como en la práctica de la LM. Además, ambas redes tenían un patrón similar de fragmentación de la atención con respecto a los fenómenos de violencia y lactancia. En ese marco, estos fenómenos fueron manejados por ellos de forma aislada y no como eventos asociados, es decir, en un contexto en el que la violencia podría interferir en la práctica de la lactancia materna. En las acciones, la red de apoyo interpersonal influyó en la práctica de la LM a través del asesoramiento o la ayuda con las tareas domésticas y el cuidado del bebé, lo que favoreció la continuidad de la lactancia materna. Sin embargo, la atención intergeneracional, marcada por creencias socioculturales, interfirió negativamente sobre la lactancia materna.

Agradecimientos

A la Profesora Doctora Ana Márcia Spanó Nakano, quien fue la gran idealizadora y orientadora de este estudio, pero no tuvo tiempo de completarlo debido a su fallecimiento.

Referencias

1. World Health Organization. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited Oct 23, 2017]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84409/9789241505550_eng.pdf
2. Victora CG, Barros AGD, França GVA, Rollins RBNC, Horton S, Krusevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
3. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:1-9. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051000029
4. Baño-Piñero I, Martínez-Roche ME, Canteras-Jordana M, Carrillo-García C, Orenes-Piñero E. Impact of support networks for breastfeeding: a multicentre study. *Women Birth*. 2018;31(4):e239-44. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.002
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*.

- 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
6. Rocha GP, Oliveira MCF, Ávila LBB, Longo GZ, Cotta RM, Araújo RMA. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6):e00045217. doi: 10.1590/0102-311x00045217
7. Hall PS. Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *J Hum Lact*. 2018;34(2):220-5. doi: 10.1177/0890334418758660
8. França MS, Lopes MVO, Frazão CMFQ, Guedes TG, Linhares FMP, Pontes CM. Characteristics of the ineffective social support network: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170303. doi: 10.1590/1983-1447.2018.20170303
9. Angelo BHB, Pontes CM, Sette GCS, Leal LP. Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2020 Feb;28:e3214. doi: 10.1590/1518-8345.3097.3214
10. Prates LA, Schmalfluss JC, Lipinski JM. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. *Esc Anna Nery*. 2015 Apr/June;19(2):310-5. doi: 10.5935/1414-8145.20150042
11. Albuquerque Netto L, Moura MAV, Queiroz ABA, Leite FMC, Silva GF. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network conditional. *Esc Anna Nery*. 2017 Jan;21(1):e20170007. doi: 10.5935/1414-8145.20170007
12. Mezzavilla RS, Ferreira MF, Curioni CC, Lindsay AC, Hasselmann MH. Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. *J Pediatr*. 2018 Sept;94(3):226-37. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.07.007
13. Mariano LMB, Monteiro JCS, Stefanello J, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Nakano AMS. Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations. *Texto Contexto Enferm*. 2016 Dec;25(4):e2910015. doi: 10.1590/0104-07072016002910015
14. Lourenço MA, Deslandes SF. Maternal care and breastfeeding experience of women suffering intimate partner violence. *Rev. Saúde Pública*. 2008 Aug;42(4):615-21. doi: 10.1590/S0034-89102008005000040
15. Bisol CA. Research strategies in the context of cultural diversity: free-listing interviews, interviews with key-informants and focus groups. *Estud Psicol*. 2012;29(Suppl. 1):719-26. doi: 10.1590/S0103-166X2012000500008
16. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qualit*. [internet]. 2017 Apr [cited 21 Oct, 2018];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
17. Gomes R, Leal AF, Knauth D, da Silva GSN. Meanings attributed to policy directed to Men's Health. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012 Oct;17(10):2589-96. doi:10.1590/S1413-81232012001000008
18. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
19. Silva EP, Valongueiro S, Araujo TVB, Ludermir AB. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Rev. Saúde Pública*. 2015 July;49(46):1-9. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005432
20. Baragatti DY, Rolim ACA, Castro CP, Melo MC, Silva EM. Critical pathway of women facing violence: an integrative review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019 Mar;43:e34. doi: 10.26633/RPSP.2019.34
21. Marcacine KO, Abuchaim ESV, Jardini L, Coca KP, Abrão ACFV. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1306-12. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0643
22. Wallenborn JT, Cha S, Masho SW. Association Between Intimate Partner Violence and Breastfeeding Duration: Results From the 2004-2014 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Hum Lact*. 2018 Mar;34(2):233-41. doi: 10.1177/0890334418757447
23. Coutinho EC, Silva AL, Rodrigues SIM, Nelas PAB, Chaves CMB, Cabral LR et al. Social support during pregnancy and post-partum: The father or partner's role in childbirth. *CIAIQ*. [Internet]. 2015 [cited 23 Oct, 2018]; 2:350-5. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/548/543>
24. Manente MV, Rodrigues OMPR. Motherhood and work: association with postnatal depression, support available and marital satisfaction. *Pensando Fam*. [Internet]. 2016 July [cited 21 Oct, 2018];20(1):99-111. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X201600100008&lng=pt&nrm=iso&tling=en
25. Nóbrega VCF, Melo RHV, Diniz ALTM, Vilar RLA. Social support networks for Breastfeeding: an action-research. *Saúde Debate*. 2019 Apr;43(121):429-40. doi: 10.1590/0103-1104201912111
26. Mcleish J, Redshaw M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbi*. 2017 May;17:28. doi: 10.1186/s12884-017-1220-0
27. Azevêdo AVS, Silva MA, Reis TCM. Health promotion in the context of significant social networks. *Nova*

- Perspectiva Sistêmica. 2019 Apr;28(63):55-66. doi: 10.21452/2594-43632019v28n63a03
28. Ribeiro VC, Cruz ICF. Intimate violence against women – systematized literature review. *J Special Nurs Care*. 2019 [cited 14 Aug, 2019];11(1). Available from: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3152/7971>
29. Albuquerque Netto L, Moura MAV, Fernandes Silva G, Penna LHG, Pereira ALF. Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(Sp.):135-42. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.54361
30. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. The configuration of the social network of women living in domestic violence situations. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 May;18(5):1293-304. doi: 10.1590/S1413-81232013000500014
31. Terra MF, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Fear and shame as barriers to overcome domestic violence gender. *Athenea Digital*. 2015 Nov; 15(3):109-25. doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1538>
32. Baragatti DY, Carlos DM, Leitão MNC, Ferriani MGC, Silva EM. Critical path of women in situations of intimate partner violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 Aug;26:e3025. doi: 10.1590/1518-8345.2414.3025
33. Lettiere A, Nakano AMS. Care network for women in situation of violence: the challenges of care transversality. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015 Oct/Dec;17(4):1-8. doi: 10.5216/ree.v17i4.32977
34. Loeffen MJW, Daemen J, Wester FPJF, Laurant MGH, Lo Fo Wong SH, Lagro-Jassen ALM. Mentor mother support for mothers experiencing intimate partner violence in family practice: a qualitative study of three different perspectives on the facilitators and barriers of implementation. *Eur J Gen Pract*. 2017 Jan;23(1): 27-34. doi: 10.1080/13814788.2016.1267724

Recibido: 14.02.2019

Aceptado: 06.04.2020

Editora Asociada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Nayara Girardi Baraldi

E-mail: nayzinha@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0003-0124-8174>